

Comparação dos modelos de trabalho na atenção primária em saúde por meio da análise de indicadores de desempenho*

Comparison of work models in primary health care through analysis of performance indicators

Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta¹, Altacílio Aparecido Nunes²

Batistuta JAR, Nunes AA. Comparação dos modelos de trabalho na atenção primária em saúde por meio da análise de indicadores de desempenho / *Comparison of work models in primary health care through analysis of performance indicators*. Rev Med (São Paulo). 2024 maio-jun.;103(3):e-219245.

RESUMO: Este estudo tem como objetivo comparar dois modelos de trabalho assistencial desenvolvidos na Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da avaliação dos resultados de indicadores de desempenho postulados pelo Programa Previne Brasil para comparação de *performance* de duas unidades de APS de Ribeirão Preto-SP, com populações adscritas semelhantes: a primeira com um modelo de trabalho convencional (Estratégia Saúde da Família – ESF), denominada Unidade A, e a segunda, de composição “parametrizada” (Equipe de Atenção Básica – EAB), denominada Unidade B. Os dados foram obtidos por meio do sistema Hygia, do e-Gestor AB e de dados estatísticos de B.I. (*Business Intelligence*), entre janeiro e dezembro de 2021. A unidade A alcançou um Indicador Sintético Final (ISF), representado pela média das notas ponderadas dos indicadores de cada unidade, equivalente ao valor de 6 para o ano de 2021, enquanto a Unidade B registrou um ISF de 3,4 no mesmo período, verificando-se que o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrou um desempenho superior à Equipe de Atenção Básica (EAB) parametrizada, com uma discrepância percentual de 76,47%. De acordo com os indicadores do Programa Previne Brasil para o ano de 2021, o desempenho na gestão do processo de trabalho do modelo de assistência denominado ESF convencional foi maior que o do modelo denominado EAB parametrizada, com uma diferença superior a 75%.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária em saúde; Avaliação em saúde; Gestão da qualidade; Tecnologia de baixo custo.

ABSTRACT: This study aims to compare two working models in health care developed in Primary Health Care (PHC), through the evaluation of the results of performance indicators postulated by the *Previne Brasil Program* to compare the performance of two PHC units in Ribeirão Preto-SP – Brazil, with similar enrolled populations: the first with a conventional work model (Family Health Strategy – ESF), called Unit A, and the second, with a “parameterized” composition (Primary Care Team – EAB), called Unit B. The data were obtained through the Hygia system, e-Gestor AB and statistical data from B.I. (*Business Intelligence*), between January and December 2021. Unit A achieved a Final Synthetic Indicator (ISF), represented by the average of the Weighted Scores of the Indicators of each unit, equivalent to the value of 6 for the year 2021, while the Unit B recorded an ISF of 3.4 over the same period, verifying that the Family Health Strategy (ESF) model demonstrated superior performance to the parameterized Primary Care Team (EAB), with a percentage discrepancy of 76.47%. According to the indicators of the *Previne Brasil Program* for the year 2021, the performance in managing the work process of the assistance model called conventional ESF was greater than that of the model called parameterized EAB, with a difference of more than 75%.

KEY WORDS: Primary health care; Health assessment; Quality management; Low-cost technology.

* O presente artigo é parte integrante da dissertação do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em 26 de janeiro de 2023, para obtenção do Título de Mestre em Ciências;

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, Departamento de Medicina Social. ORCID: 0000-0002-0050-8280. E-mail: jaquelinebatistuta@usp.br

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de São João del Rei, Minas Gerais, Departamento de Medicina. ORCID: 0000-0001-9934-920X. E-mail: altacilio@ufsj.edu.br

Endereço para correspondência: Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Avenida Bandeirantes N° 3900, Monte alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, CEP 14049-900. E-mail: jaquelinebatistuta@usp.br

INTRODUÇÃO

O papel dos indicadores de saúde tem se tornado imprescindível para a mensuração objetiva de resultados associados a ações e a programas dos sistemas de saúde nos quais são empregados. Em âmbito internacional, o *National Health Service Executive* em colaboração com o Departamento de Saúde do Reino Unido¹ – pioneiros nessa área – propuseram uma série de indicadores em 1998, muitos dos quais se aplicariam a grupos de atenção primária à saúde. Os dados foram obtidos por meio dos sistemas de *Business Intelligence* (B. I.), e-Gestor AB e Hygia, durante o período de janeiro a dezembro de 2021. As unidades envolvidas apresentam diferenças quanto à metodologia de trabalho: a primeira trata-se de uma unidade convencional de Estratégia de Saúde da Família e a segunda, de uma unidade com Equipe de Atenção Básica “parametrizada”, equivalente à modalidade de organização postulada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ambas com população adscrita semelhante.

No Brasil, desde as últimas décadas, são identificadas várias iniciativas do Ministério da Saúde pela institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB). Entre as mais recentes, encontra-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)². Como forma de aprimoramento desse conceito e também vislumbrando uma alternativa para modificar o modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde, o governo federal criou, por meio da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019, de 12 de novembro de 2019, o Programa Previne Brasil. Este, por sua vez, preconiza, para os três anos subsequentes, indicadores de processo e resultados intermediários das equipes, indicadores de resultados em saúde e indicadores globais de APS e suas respectivas metas, que têm por objetivo otimizar a captação de usuários cadastrados pela Atenção Básica e tornar a assistência prestada mais qualificada, segura e eficaz. O Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, também conhecido como NHS (*National Health Service*), foi citado como referência para a elaboração da nova política de financiamento da APS. No entanto, existe uma diferença fundamental do Brasil em relação ao NHS: ao invés de utilizar a capitação e a avaliação de desempenho para remuneração de serviços, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, que têm por finalidade subsidiar o financiamento de sistemas locais de saúde – dado que o SUS é descentralizado e quem paga pelos serviços de APS são os municípios³.

No que se refere ao Programa Previne Brasil, instituído em 2019 pela Portaria nº 2.979 do Ministério da Saúde, a qual deliberou esse novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS^{4,5,6}, há que se compreender sua divisão em três componentes:

- I – capitação ponderada;
- II – pagamento por desempenho;
- III – incentivo para ações estratégicas.

A capitação ponderada é um modelo de remuneração

calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como:

- I – a população cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- II – a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada;
- III – o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada;
- IV – a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁷.

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas previstas no novo modelo de financiamento seguem as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento de programas, estratégias e ações específicas, entre eles a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o Programa Saúde na Hora, a Equipe de Saúde Bucal (eSB), o Programa Saúde na Escola (PSE) e programas de apoio à informatização da APS.

Para a análise dos indicadores de desempenho da Atenção Primária em Saúde conforme o novo modelo de financiamento preconizado pelo Programa Previne Brasil, foi publicada a Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, a qual apresenta as fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o respectivo incentivo financeiro para o ano de 2020 (prorrogado para o ano de 2021) e detalha o método de aferição e de avaliação deles. Nesse processo, a Portaria 3.222, de 10 de dezembro de 2019, estabeleceu 07 (sete) indicadores, efetivamente empregados para o ano de 2022:

- I – proporção de gestantes com, pelo menos, 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação (PN);
- II – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX);
- III – proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD);
- IV – cobertura de exame citopatológico (CIT);
- V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC);
- VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS);
- VII – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (DM).

Para fins de adequação de cada indicador de desempenho, será considerado o valor da respectiva meta estabelecida pela Portaria 3.222. As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e são consideradas ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS.

A variável descrita como “parâmetro” representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. O peso será o balizador para

o cálculo da Nota Ponderada do Indicador (NPI), demonstrando a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e das equipes para a realização de ações, programas e estratégias. Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10^{4,5,6}.

Contudo, existem questionamentos de que esse modelo de financiamento pode ter um foco mais restrito, produzindo disformidades financeiras, canalizando os serviços do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS) e perpetuando as desigualdades na saúde pública⁸. Do ponto de vista ideológico, isso requer uma ampla discussão. Em relação aos aspectos técnico-científicos, ainda não há fundamentos práticos que possam corroborar com a hipótese de que essa proposta seria inviável ou divergente à realidade em que se insere sem que haja um detalhado monitoramento de sua consolidação e uma análise aprofundada sobre seu impacto, sua efetividade, eficiência e eficácia.

Para fins conceituais e diferenciação entre os dois modelos de trabalho discutidos neste estudo, utilizou-se a regulamentação do 3º ciclo do PMAQ-AB⁹ sobre composição e organização das Equipes de Atenção Básica parametrizadas, quando comparadas às Equipes de Estratégia de Saúde da Família convencional. A relação de equivalência entre elas considera critérios como: carga horária mínima de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (o último para aquelas unidades que contam com Equipe de Saúde Bucal) e as faixas populacionais adscritas de referência (por número de habitantes).

Em consonância com essa abordagem e utilizando os indicadores de desempenho estabelecidos pelo Programa Previne Brasil, este estudo tem como objetivo comparar os resultados desses indicadores para duas unidades da Atenção Primária em Saúde de Ribeirão Preto-SP.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e analítico, que tem como base os dados de populações adscritas a duas unidades de saúde de bairros diferentes e não contíguos do município de Ribeirão Preto-SP, região nordeste do estado de São Paulo, com quantitativo de 9.104 e 9.550 habitantes, respectivamente, com predomínio de mulheres jovens, de raça branca, tendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a condição crônica de saúde prevalente. O período de levantamento de dados compreendeu de janeiro a dezembro de 2021, época na qual passaria a vigorar o novo prazo de cálculo do valor do incentivo financeiro preconizado pelo Programa Previne Brasil (prorrogação prevista pela Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, em decorrência da pandemia de covid-19).

A amostra, determinada por conveniência e representatividade organizacional, foi constituída por duas unidades de saúde, denominadas “A” e “B”, com perfis semelhantes. A unidade A foi representada pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família convencional e a unidade B contém uma Equipe de Atenção Básica “parametrizada”, equivalente à modalidade de organização postulada pelo

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

As instituições estudadas correspondem a unidades de alocação¹⁰, segundo a familiaridade de uma das pesquisadoras em relação à estrutura da Unidade A e também conforme indicação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que apontou a Unidade B como similar, considerando seu interesse na avaliação dos resultados.

Para justificar a representatividade dessa amostra em relação à população geral de Ribeirão Preto, foi considerada a predominância de características como sexo (feminino), faixa etária (20-29 anos), nível de escolaridade (dos informados, ensino médio completo) e situação no mercado de trabalho (dos informados, assalariado com carteira de trabalho). Além disso, é relevante mencionar que o quantitativo de pessoas adscritas nas unidades estudadas representa 2,59% do total de 720.116 habitantes do município⁷.

A obtenção dos dados deu-se por meio de acesso ao sistema Hygia® (Prontuário Eletrônico do Cidadão), que alimenta o e-SUS (Sistema de Informação em Saúde que visa a substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) –, ao e-Gestor AB (plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas de informação da Atenção Básica) e aos dados estatísticos de B. I. (*Business Intelligence*) da intranet da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP.

Tais dados foram interpretados usando-se a mesma metodologia empregada na análise de indicadores preconizados pelo Programa Previne Brasil (PPB): para cálculo da avaliação de proporção do desempenho de cada unidade em relação às metas preconizadas, foram atribuídas notas, individualmente, para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando-se o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador.

Posteriormente, procedeu-se à análise comparativa entre as duas unidades, considerando-se a nota individual de cada indicador, ao longo dos quadrimestres do ano de 2021, pontuando-se fatores que pudessem interferir no desempenho de cada uma delas. A multiplicação da nota com o peso resultou na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI). A última etapa consistiu na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores foram condensados em um único indicador final, denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação foi realizada somando-se as NPIs de todos os indicadores e dividindo-as por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho de cada unidade, para cada quadrimestre.

O resultado final do desempenho de cada unidade foi obtido pela média aritmética dos ISFs dos três quadrimestres. Esperou-se obter um Indicador Sintético Final (ISF) da unidade com ESF (Estratégia Saúde da Família) maior que o Indicador Sintético Final (ISF) da unidade com Equipe de Atenção Básica (EAB) “parametrizada”.

A comparação dos ISFs das unidades foi feita por simples análise da diferença proporcional entre os indicadores, apontando superioridade de uma unidade em relação à outra.

A equiparação dos modelos de trabalho das duas unidades foi feita a partir de dados obtidos no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quanto à carga horária dos profissionais que compõem as unidades em estudo (apenas os envolvidos diretamente com a assistência em saúde), além da análise da população adscrita e do número de equipes.

Com base em informações abstraídas do *Business Intelligence* (B. I.) da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o qual compila dados de cadastro do indivíduo do Sistema e-SUS, traçou-se o diagnóstico situacional de saúde das unidades envolvidas neste estudo, considerando-se o perfil geográfico, demográfico, educacional, laboral e patológico das respectivas populações adscritas.

Os indicadores de desempenho empregados no estudo foram propostos pelo Programa Previne Brasil^{4;5;6} para o ano de 2021 e representam a proporção de indivíduos com seguimento regular em saúde nas áreas de saúde da mulher (proporção de gestantes com, pelo menos, 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação (PN); proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX); proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD); cobertura de exame citopatológico (CIT)), saúde da criança (cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC)) e doenças crônicas não transmissíveis (percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS); percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (DM)) em relação ao número total de indivíduos portadores da respectiva condição de saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP sob o CAAE n° 44708721.0.0000.5440-1 e pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Foram garantidas a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. Não se aplica a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo fato de não ter havido participação direta de indivíduos, tendo sido enviada uma solicitação de dispensa desse termo ao Comitê. Portanto, do aspecto ético,

não houve ocorrência de incômodo, intimidação, subordinação, previsão de benefícios ou riscos potenciais envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Com base em informações abstraídas do *Business Intelligence* (B. I.), o qual compila dados de cadastro do indivíduo do Sistema e-SUS, traçou-se o diagnóstico situacional de saúde das unidades selecionadas, considerando-se o perfil geográfico, demográfico, educacional, laboral e patológico das respectivas populações adscritas. Na Unidade A, localizada a 6,6 km da UBDS de referência (Distrito Sul de Saúde de Ribeirão Preto), com uma população de 9.550 habitantes (outubro/2021), observou-se predomínio da população feminina (52,31%), em sua maior parte de 20-29 anos (19,49%), raça branca (48,99%) e com Hipertensão Arterial Sistêmica como a condição crônica de saúde mais prevalente (12,65%). Na Unidade B, localizada a 5 km da UBDS de referência (Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto), com uma população de 9.104 habitantes (outubro/2021), observou-se predomínio da população feminina (53,32%), em sua maior parte de 20-29 anos (18,56%), raça branca (50,33%) e com Hipertensão Arterial Sistêmica como a condição crônica de saúde mais prevalente (11,98%).

Foi utilizada a fórmula a seguir para cálculo do Indicador Sintético Final de cada quadrimestre para as unidades de saúde avaliadas, considerando-se os pesos preconizados:

$$ISF Q = \frac{(PN \times 1) + (EX \times 1) + (OD \times 2) + (CIT \times 1) + (VAC \times 2) + (HAS \times 2) + (DM \times 1)}{10}$$

Sintetizando-se os dados obtidos a partir do e-Gestor AB em relação aos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil para as unidades A e B no ano de 2021, com a respectiva divisão financeira em quadrimestres, pode-se observar os resultados, demonstrados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade A em 2021

	PN	META	EX	META	OD	META	CIT	META	VAC	META	HAS	META	DM	META
Q1	65	60	81	60	52	60	6	40	22,58	95	11	50	38	50
Q2	64	60	70	60	72	60	7	40	26,39	95	16	50	37	50
Q3	80	60	78	60	83	60	9	40	36,65	95	15	50	36	50

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Q1= 1º quadrimestre de 2021; Q2= 2º quadrimestre de 2021; Q3= 3º quadrimestre de 2021

Tabela 2 – Resultados em porcentagem dos indicadores de desempenho da unidade B em 2021

	PN	META	EX	META	OD	META	CIT	META	VAC	META	HAS	META	DM	META
Q1	70	60	16	60	48	60	4	40	35,03	95	4	50	13	50
Q2	42	60	4	60	22	60	6	40	25,51	95	7	50	18	50
Q3	62	60	10	60	20	60	9	40	24,15	95	8	50	25	50

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Q1= 1º quadrimestre de 2021; Q2= 2º quadrimestre de 2021; Q3= 3º quadrimestre de 2021

Em relação ao indicador VAC, os dados não puderam ser obtidos diretamente do e-Gestor AB, como os demais. Para tanto, foi necessário aplicar a seguinte fórmula, preconizada pelo Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde, de 2021:

Nº de 3^ª doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano

$$\frac{\text{(Parâmetro de Cadastro x SINASC ou N}^\circ \text{ crianças cadastradas)*}}{\text{População IBGE}}$$

*O denominador será o que apresentar o maior valor

O número de doses aplicadas da vacina de poliomielite inativada e pentavalente pôde ser abstraído do sistema Hygia, individualmente, para cada unidade, com intervalo de tempo determinado para os respectivos quadrimestres (01 de janeiro a 30 de abril de 2021, 01 de maio a 31 de agosto de 2021 e 01 de setembro a 31 de dezembro de 2021). A quantidade de crianças menores de 01 ano cadastradas em cada unidade pôde ser abstraída do e-SUS. Dessa forma, conclui-se o cálculo a partir da fórmula descrita anteriormente.

1. Avaliação individualizada dos indicadores de desempenho

No presente artigo, foram avaliados os indicadores de desempenho a seguir:

1.1 Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1^ª até a 20^ª semana de gestação (PN)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (69,66% x 58%), com uma diferença percentual de 11,66%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).

1.2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (EX)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (76,33% x 10%), com uma diferença percentual de 66,33%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).

1.3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (OD)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (69% x 30%), com uma diferença percentual de 39%, estando a Unidade B abaixo da meta preconizada (60%).

1.4 Cobertura de exame citopatológico (CIT)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos

três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (7,33% x 6,33%), com uma diferença percentual de 1,00%, ambos abaixo da meta preconizada de 40%.

1.5 Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente (VAC)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (28,54% x 28,23%), com uma diferença percentual de 0,31%, ambos abaixo da meta preconizada de 95%.

1.6 Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre (HAS)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (14% x 6,33%), com uma diferença percentual de 7,67%, ambos abaixo da meta preconizada de 50%.

1.7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (DM)

Observando-se a evolução desse indicador ao longo dos três quadrimestres de 2021, nota-se que a média aritmética dos resultados obtidos para cada unidade de saúde evidencia que a Unidade A apresenta desempenho superior ao da Unidade B (37% x 18,66%), com uma diferença percentual de 18,34%, ambos abaixo da meta preconizada de 50%.

1.8 Cálculo da Nota Ponderada do Indicador (NPI) e Indicador Sintético Final (ISF) de cada quadrimestre

As notas foram atribuídas individualmente para cada indicador de maneira linear e variando de zero a dez, considerando-se o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador.

Assim, se o resultado de um determinado indicador para aquela unidade for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado foi 50% da meta proposta). Ainda, caso o valor atribuído seja maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

Uma vez atribuída a nota ao indicador, essa será ponderada conforme o peso relacionado (OD, VAC e HAS com peso 2 e demais indicadores com peso 1) A multiplicação da nota com o peso resultará na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final, denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando-se as NPIs de todos os indicadores e dividindo-as por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF de cada quadrimestre, nota final

que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho de cada unidade para o referido período (quadrimestre).

Dessa forma, obtiveram-se como resultados do Indicador

Sintético Final (ISF) para o 1º quadrimestre das Unidades A e B os respectivos valores de 5,57 e 4,13, com uma diferença de 1,44 ponto (A>B), como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Nota final de cada indicador no 1º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	8,7	1,5	2,4	2,2	7,6
UNID. B	10	2,7	8	1	3,7	0,8	2,6

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados do Indicador Sintético Final (ISF) para o 2º quadrimestre das Unidades A e B foram, respectivamente, 6,1

e 2,8 com uma diferença de 3,3 pontos (A>B), conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Nota final de cada indicador no 2º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	10	1,7	2,8	3,2	7,4
UNID. B	7	0,7	3,7	1,5	2,7	1,4	3,6

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 – Nota final de cada indicador no 3º quadrimestre de 2021

	PN	EX	OD	CIT	VAC	HAS	DM
UNID. A	10	10	10	2,2	3,8	3	7,2
UNID. B	10	1,7	3,3	2,2	2,5	1,6	5

Fonte: Elaboração própria.

No 3º quadrimestre, tal como indicado na Tabela 5, obteve-se um Indicador Sintético Final (ISF) para a Unidade A de 6,3 e, para a Unidade B, de 3,4, com uma diferença de 2,9 pontos entre eles (A>B). Ao longo do período estudado, notou-se um aumento progressivo do ISF da Unidade A (5,57; 6,1; 6,3). Esse fato não foi igualmente observado na Unidade B (4,13; 2,8; 3,4), a qual apresentou menor desempenho no 2º quadrimestre de 2021. No 1º quadrimestre de 2021, houve um diferencial mais ostensivo em favor da Unidade A para os indicadores EX (73%), CIT (50%) e DM (192%), em detrimento do indicador VAC, 54,2% maior para a Unidade B em relação à Unidade A.

No 2º quadrimestre de 2021, a Unidade A apresentou maior diferença percentual dos indicadores EX (1328%), OD (170%), HAS (128%) e DM (105%) em relação à Unidade B.

Já no 3º quadrimestre de 2021, os indicadores EX (488%), OD (203%), VAC (52%) e HAS (87,5%) obtiveram maior diferença percentual para a Unidade A em relação à Unidade B. Portanto, conclui-se que a Unidade B apresentou expressiva diferença de desempenho em relação ao da Unidade A na evolução comparativa do indicador EX, com massivo déficit no 2º quadrimestre de 2021.

Há uma coincidência temporal com a recrudescência de novos casos confirmados de covid-19 no município de Ribeirão Preto (maio a julho/2021). Contudo, não houve interferência

proporcional entre os indicadores PN e EX, o que pode demonstrar a influência de questões operacionais da assistência ao pré-natal e inconformidade no monitoramento e na avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pela equipe¹¹ em detrimento do prejuízo de acesso à unidade de saúde por ocasião da pandemia.

Quanto ao indicador OD, houve bom resultado em ambas as unidades de saúde no 1º quadrimestre de 2021, com progressiva e importante queda na Unidade B durante os dois últimos quadrimestres do referido ano, podendo ter associação com fatores de influência semelhantes aos citados para o indicador EX.

Em relação às ações de rastreamento e de detecção precoce de câncer do colo do útero por meio da realização da coleta de citopatológico (indicador CIT), nos três quadrimestres, os resultados estiveram substancialmente aquém da meta para ambas as unidades, com importante diferença entre elas no 1º quadrimestre de 2021 (A>B) e uma tênue melhora e equiparação dos resultados no 3º quadrimestre de 2021.

No tocante ao seguimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente HAS e DM, foco da atuação da Atenção Primária em Saúde, notam-se melhores resultados da Unidade A em relação aos da Unidade B nos três quadrimestres, eventualmente com considerável diferença

entre as unidades. Isso pode estar associado à experiência, habilidade ou competência específica de cada equipe em realizar o diagnóstico, o cadastramento e o acompanhamento periódico de pessoas com essas condições de saúde, assim como a sua capacidade para realizar busca ativa de faltosos e de pessoas com fatores de risco para essas doenças na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações etc.), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular¹¹.

1.9 Cálculo do Indicador Sintético Final (ISF) do ano de 2021

O ISF do ano de 2021, que é o desfecho inicialmente proposto para este estudo, compreende à média aritmética do ISF de cada quadrimestre, para cada unidade. A unidade A obteve um ISF de 6 para o ano de 2021, enquanto a Unidade B obteve um ISF de 3,4 para o mesmo ano, compreendendo uma diferença de 2,6 pontos (76,47%).

DISCUSSÃO

Primeiramente, é relevante destacar que, apesar dos esforços para mitigar os vieses de seleção e de informação neste estudo, é necessário considerar que o perfil do usuário favorável à adesão do acompanhamento em saúde está intrinsecamente ligado ao modelo operacional da equipe³. Esse aspecto ganha maior relevância quando a avaliação do contexto destaca as particularidades distintas entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) convencional e a Equipe de Atenção Básica (EAB) parametrizada. Como se pode inferir a partir dos trabalhos de Baratieri et al.¹² (2019), Castanheira et al.¹³ (2024), Chazan et al.¹⁴ (2021) e Ferreira¹⁵ (2022), ambos os modelos apresentam potencialidades e desafios. Contudo, a ESF destaca-se por oferecer cuidados abrangentes e centrados na família, além de estar associada a melhores indicadores de saúde. Em coerência com essas assertivas, o estudo em questão demonstra resultados com significativa diferença percentual a favor da ESF quando se utilizam como parâmetro os indicadores do Programa Previne Brasil.

Embora haja evidências na literatura o efeito da ESF na saúde da comunidade adscrita^{16,17,18,19} e também no âmbito de outros países²⁰, cabe a apreciação das ações realizadas neste ponto de atenção da rede de saúde à luz de um conjunto mais amplo de indicadores. Um caso ilustrativo refere-se aos critérios adotados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2019), os quais abrangem elementos como a capacidade de prestação de serviços e os indicadores globais de saúde (tais como expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, taxas de imunização, prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, rastreamento das neoplasias mais comuns e internações por patologias crônicas com alta morbidade e mortalidade).

Ademais, é pertinente notar que a utilização do instrumento de avaliação neste contexto pode acarretar inadvertidamente a diminuição do foco das equipes de saúde para questões de saúde que não estejam contempladas nas métricas de avaliação. Consequentemente, ao adotar a avaliação de desempenho como

critério para o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), existe a possibilidade de os municípios direcionarem sua atenção para os indicadores que serão monitorados, alterando, por conseguinte, a abordagem de trabalho das equipes de APS, que deveria priorizar as demandas de saúde apresentadas pela comunidade³.

Além disso, a abordagem metodológica que consiste na comparação dos resultados obtidos por cada unidade de saúde com as metas estabelecidas pelo programa Previne Brasil pode resultar em deficiências e, conseqüentemente, em uma diminuição do financiamento destinado à instituição avaliada. Tal aspecto destaca uma distinção em relação ao conceito original de “*Pay for performance*” (pagamento por desempenho) do modelo inglês.

Outras metodologias de avaliação da APS que merecem menção são o *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool), a taxa de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP), a Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica (Quali-AB) e o *Net Promoter Score* (NPS). Elas se diferenciam em termos de abrangência, instrumentos, validade, utilidade e aplicabilidade. Enquanto o PCA-Tool²¹ corresponde a um instrumento de avaliação e de monitoramento da qualidade, aplicado a pacientes, profissionais e gerentes da APS, mensurando a presença e a extensão de seus atributos essenciais e derivados, o Quali-AB²² trata-se de um questionário *on-line*, voltado a gestores e profissionais de saúde da APS, que enfoca a organização do trabalho e propõe indicadores de qualidade alinhados com protocolos técnicos, científicos e com diretrizes éticas e organizacionais do SUS. Por outro lado, o ICSAP²³ equivale a um indicador da atividade hospitalar empregado como uma forma indireta de avaliar o desempenho da APS. Finalmente, o NPS²⁴ representa uma métrica simplificada de avaliação da satisfação do usuário em relação ao atendimento prestado.

Comparando-se o Programa Previne Brasil às metodologias anteriormente citadas, observa-se que o primeiro, adotado compulsoriamente em todo o território nacional, fornece uma estrutura padronizada, que se utiliza de tecnologias de custos suportáveis e de boa reprodutibilidade (indicadores). Já o PCA-Tool e o Quali-AB são embasados na percepção de diferentes *stakeholders*, com execução condicionada ao treinamento dos entrevistadores (no caso do PCA-Tool) e à habilidade e disponibilidade de acesso à internet (no caso do Quali-AB), podendo demandar mais recursos. O ICSAP, em contrapartida, é de fácil execução e a disponibilidade dos dados é ampla, obtida por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Contudo, essa taxa não permite individualizar os resultados por equipe de APS. Por último, o NPS é extensivamente acessível e de baixo custo, porém sua eficácia pode ser limitada, uma vez que considera uma medida subjetiva de avaliação, direcionada, exclusivamente, pela percepção do paciente.

Em uma breve busca pela literatura, verificam-se alguns trabalhos que descrevem os primeiros resultados do Programa Previne Brasil^{25,26,27}. Os estudos de Harzheim et al.²⁵ (2022) e Soares et al.²⁷ (2023) convergem ao apontar melhorias significativas resultantes da implementação do Programa, incluindo aumento no cadastro da população na APS, expansão

do financiamento de equipes de saúde e avanços na prática clínica. Ambos destacam a participação ativa dos gestores municipais de saúde e a importância das mudanças no financiamento para esses avanços. No entanto, Costa et al.²⁶ (2022) divergem ao ressaltar os obstáculos e desafios enfrentados durante a implementação do programa, destacando a complexidade da gestão pública e a instabilidade política que tem afetado sua continuidade. Essas perspectivas evidenciam a dualidade de resultados e os desafios na aplicação do Previne Brasil, podendo influenciar futuras políticas de saúde pública no país.

Apesar das controvérsias que surgiram em torno da estratégia de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) implementada pela macrogestão e seus desdobramentos, os resultados derivados deste estudo contêm-se a evidenciar, por meio da metodologia empregada pelo Programa Previne Brasil, a disparidade quantitativa de desempenho entre os modelos operacionais identificados como Estratégia de Saúde da Família convencional e Equipe de Atenção Básica parametrizada. São evidentes algumas limitações inerentes à proposta do Programa, como a deficiência de dados de desempenho em saúde anteriores ao ano de 2019, para fins comparativos, o uso de resultados de indicadores previamente calculados e a insuficiência de tempo para incorporação de mudanças que gerem um impacto significativo.

CONCLUSÃO

Tendo como parâmetro os indicadores do Programa Previne Brasil para o ano de 2021, é possível afirmar que o

desempenho na gestão do processo de trabalho do modelo de assistência denominado ESF convencional é maior que o do modelo denominado EAB parametrizada, com uma diferença percentual de 76,47%. Esse resultado é coerente com o que se observa na literatura vigente^{3;12;13;14;15}.

A aplicabilidade dos indicadores de desempenho como método de análise de *performance* de unidades de saúde relaciona-se a uma tecnologia de saúde de custos suportáveis e à boa reprodutibilidade²⁸, podendo também servir para planejar ações e redirecionar estratégias na Atenção Primária em Saúde do sistema público municipal, como a implantação e a difusão de diretrizes técnicas e de educação permanente, em conformidade com as melhores práticas em saúde e com foco na qualidade e na humanização do atendimento.

Apesar dos questionamentos de que este modelo de financiamento parece ser restritivo e pode induzir à focalização de ações da APS no SUS⁸ e também pela discordância dos resultados alcançados até o momento, ainda não há fundamentos práticos que possam corroborar com a hipótese de que essa proposta seja inviável sem que haja um detalhado monitoramento de sua consolidação e uma análise aprofundada sobre seu impacto, sua efetividade, eficiência e eficácia.

Perspectivas futuras poderiam incluir a análise de assertividade do Previne Brasil em relação à quantificação e ao custeio de recursos, ao aprimoramento da experiência do paciente quanto ao cuidado prestado, à capacidade de prevenção de sobrecarga de trabalho da equipe e à habilidade de prover a equidade em saúde.

Participação dos autores: Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta contribuiu na elaboração deste artigo com as seguintes atividades: concepção e desenho da obra, aquisição, análise e interpretação de dados e elaboração da redação. Altacílio Aparecido Nunes contribuiu na sua elaboração com as seguintes atividades: concepção e desenho da obra, análise e interpretação de dados, revisão crítica da redação e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Performance Indicators for Primary Care Management in the NHS. 1998.
2. Ramos ALP, Seta MH. Atenção primária à saúde e organizações sociais nas capitais da região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00089118. Doi: 10.1590/0102-311X00089118.
3. Massuda A. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance or setback? *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1181-8. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01022020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n. 5, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-13327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria n. 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2019.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2021. <https://censo2021.ibge.gov.br/>.
8. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases of the Primary Health Care Reform. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1189-96. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01552020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF). [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2015. https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf.
10. Higgins JPT, Green S. (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic*

- Reviews of Interventions. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2019.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo de financiamento da APS. Brasília; 2021. [Internet]. <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256_307120348.pdf>.
 12. Baratieri T, Peres CK, Lentsck MH. Avaliação da qualidade da atenção primária: associação com o tipo de unidade de saúde / Quality assessment of primary care: association with type of health unit. *Braz J Health Rev.* 2019; 2(6):5935-49. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-087>.
 13. Castanheira ERL, Duarte LS, Viana MMO, Nunes LO, Zarili TFT, Mendonça CS, Sanine PR. Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. *Cad Saude Publica.* 2024;40(2):PT099723. Doi: [10.1590/0102-311XPT099723](https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099723).
 14. Chazan CP da S, Dias-da-Costa JS. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. *Cad Saude Colet.* 2021;(1):98-109. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010362>.
 15. Ferreira RA de A, Silva SA da, Nascimento MC do, Barbieri AF, Fioroni LN. Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. *Interações (Campo Grande).* 2022;23(2):489-503. Doi: <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>.
 16. Kim AM, Park JH, Yoon TH, Kim Y. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):259. Doi: [10.1186/s12913-019-4098-x](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4098-x).
 17. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. *Rev Saude Pública.* 2019;53:02. Doi: [10.11606/S1518-8787.2019053000403](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403).
 18. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Trends in hospitalization and mortality for ambulatory care sensitive conditions among older adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190010. Doi: [10.1590/1980-549720190010](https://doi.org/10.1590/1980-549720190010).
 19. Mendes, EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019. 869 p.
 20. OECD. Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Paris: OECD Publishing; 2021. Doi: <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>.
 21. Sacks E, Schleiff M, Were M, Chowdhury AM, Perry HB. Communities, universal health coverage and primary health care. *Bull World Health Organ.* 2020;98(11):773-80. Doi: [10.2471/BLT.20.252445](https://doi.org/10.2471/BLT.20.252445).
 22. Nunes LO, Castanheira ERL, Sanine PR, Akerman M, Nemes MIB. Performance assessment of primary health care facilities in Brazil: Concordance between web-based questionnaire and in-person interviews with health personnel. *PLoS One.* 2023;18(2):e0281085. Doi: [10.1371/journal.pone.0281085](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281085).
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política. *Diário Oficial da União;* 2008. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
 24. Pinto LF, Fabricio CM DA, Gonçalves MR, D'Avila OP, Harzheim E. Net Promoter Score (NPS) in the primary health care services in Brazil. *Population Medicine.* 2023;5(Supplement):A921. Doi: <https://doi.org/10.18332/popmed/165397>.
 25. Harzheim E, D'Avila OP, Pedebos LA, Wollmann L, Costa LGM, Cunha CRHD, Moura LN, Minei T, Faller LA. Primary health care for 21st century: first results of the new financing model. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):609-17. Doi: [10.1590/1413-81232022272.20172021](https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021).
 26. Costa N D R, Silva PRF D, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previner Brasil. *Saúde Debate.* 2022;46(especial8):8-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>.
 27. Soares CS, Camargos MCS, Noronha KVMS. Financiamento da Atenção Primária à Saúde e os resultados dos componentes do Programa Previner Brasil em Minas Gerais. *Revista Gestão e Planejamento.* 2023;24:223-40. Doi: [10.53706/gep.v.24.7962](https://doi.org/10.53706/gep.v.24.7962).
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.

Recebido: 04.01.2024

Aceito: 10.06.2024